

ANNÉE 1939

THÈSE **210** No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ANDRÉ PETEL

Né le 31 Août 1914, à REIMS (Marne)

SUR

DEUX CAS

DE PERISIGMOÏDITE APPENDICULAIRE

Président : M. GREGOIRE, Professeur

IMPRIMERIE COMMERCIALE DU "PETIT ARDENNAIS"

36, Cours A.-Briand, CHARLEVILLE

—
1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

ANDRÉ PETEL

Né le 31 Août 1914, à REIMS (Marne)

SUR

DEUX CAS

DE PERISIGMOÏDITE APPENDICULAIRE

Président : M. GREGOIRE, Professeur

IMPRIMERIE COMMERCIALE DU " PETIT ARDENNAIS "

36, Cours A.-Briand, CHARLEVILLE

—
1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	
Physiologie.....	
Physique médicale.....	
Chimie médicale.....	
Bactériologie.....	
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	
Pathologie et thérapeutique générales.....	
Pathologie médicale.....	
Pathologie chirurgicale.....	
Anatomie pathologique.....	
Histologie.....	
Pharmacologie et matière médicale.....	
Thérapeutique.....	
Hygiène et médecine préventive.....	
Médecine légale.....	
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	
Pathologie expérimentale et comparée.....	
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	
Clinique médicale.....	
Hygiène et clinique de la première enfance.....	
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	
Clinique des maladies du système nerveux.....	
Clinique des maladies infectieuses.....	
Clinique chirurgicale.....	
Clinique ophtalmologique.....	
Clinique urologique.....	
Clinique d'accouchements.....	
Clinique gynécologique.....	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	
Clinique thérapeutique médicale.....	
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	
Clinique de cardiologie.....	
Clinique de neuro-chirurgie.....	
Assistance Médico-sociale.....	



ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-LAVASTINE
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
CLERC.
Marcel LABBE.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
LEVY-SOLAL.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
M. VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
LAUBRY.
Clovis VINCENT.
N...
HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.

Professeurs sans chaire.....

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIETY..... Pathologie médicale.
 BENARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON Justin. Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CATHALA.... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GASTINEL.... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 DE GENNES.. Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN.... Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN... Anatomie pathologique.
 JOANNON.... Hygiène.
 LACOMME.... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE.... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psy-
 chiâtrie.
 MENEGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN.... Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirur-
 gicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SENEQUE.... Pathologie chirurgicale.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE.... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET.... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.. Physiologie.
 GUENIOT.... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE.. Parasitologie.
 SCHWARTZ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL.. Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.....		BROCQ.....	
BRULE.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER..	
DONZELOT.....		MOURE.....	
DUVOIR.....		QUENU.....	
LIAN.....		VELTER.....	
PASTEUR-VALLERY- RADOT			
SEZARY.....			

MM.

ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
METZGER....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEIL-HALLE.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Je leur dois tout.

*Ils m'ont donné le plus noble exemple
de travail et d'abnégation.*

*Puisse ce modeste hommage leur être
un gage d'affection et de gratitude.*

A MA MARRAINE

A notre Maître

Monsieur le Professeur GRÉGOIRE,

Professeur de Clinique Chirurgicale,

Chirurgien des Hôpitaux de Paris,

Officier de la Légion d'Honneur,

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la Présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion de notre respectueuse reconnaissance.*

A notre Maître

Monsieur le Docteur RENÉ LEMARCHAL,

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Laon,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a donné le sujet de ce travail.

Il a été pour nous le meilleur des maîtres

et le plus sûr des guides.

A notre Maître

Monsieur le Docteur MENU,

Accoucheur de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Laon,

Officier de la Légion d'Honneur.

Témoignage d'affectueux respect.

A notre Maître

Monsieur le Docteur DEFOUG,

Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôtel-Dieu de Laon,

*Dont la bienveillance envers nous ne
s'est jamais démentie,*

A nos Maîtres des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur BEZANÇON.

Monsieur le Professeur JEANNIN.

Monsieur le Professeur Agrégé LIAN.

Monsieur le Docteur JULIEN HUBER.

Monsieur le Docteur ANDRÉ MARTIN.

A nos Maîtres de l'Hôtel-Dieu de Laon

Monsieur le Docteur RUBY (in memoriam).

Monsieur le Docteur MACON.

Monsieur le Docteur CHOSSUT-PERRET.

MEIS ET AMICIS

DÉFINITION

On entend par Perisigmoïdites les affections inflammatoires aiguës ou chroniques, suppurées ou non développées autour de l'S iliaque quelle que soit leur origine.

Cette définition n'a cependant pas toujours été acceptée par tous les auteurs, certains pensant devoir réserver le terme de Périsingmoïdite au retentissement péritonéal qui accompagne la sigmoïdite et trouve naissance dans les lésions de l'S iliaque.

La question fut particulièrement discutée à la Société de Chirurgie de 1906, Michaux déclarait alors que c'est le siège de l'inflammation ou de la suppuration qui doit justifier le terme de Perisingmoïdite, que cette affection du Meso-colon iliaque reconnaisse une cause intestinale, ovarienne ou urétérale. Vanwerts prétendait au contraire dénommer Parasigmoïdites les inflammations du tissu cellulaire en rapport avec l'anse et qui sont des affections secondaires transmises.

Le sigmoïde en effet, du fait de sa situation, peut réagir aux inflammations qui atteignent les viscères voisins. C'est ainsi que Monod rapportait une observation de Perisingmoïdite d'origine urétérale, que Michaux décrivait une perisig-

moïdite suppurée reconnaissant pour cause un abcès ovarien propagé par voie lymphatique à tout le tissu cellulaire sous péritonéal, que Ménil observait un cas de Perisigmoïdite chronique secondaire à une tuberculose de la Trompe.

Les lésions génitales chez la femme : salpingite suppurée ou catarrhale, kyste de l'ovaire infecté, ovarite sclérokystique, sont autant de causes qui peuvent par contiguité déterminer des Perisigmoïdites.

Assurément comme le fait remarquer Patel de semblables cas constituent des Perisigmoïdites symptomatiques dont il est utile de préciser l'origine. Mais il arrive que cette précision soit impossible avant l'intervention. On constate simplement le fait clinique sans en découvrir l'étiologie, tel est le cas de deux observations que nous rapportons où l'origine appendiculaire ne fut reconnue qu'au cours de l'intervention.

Nous pensons donc qu'il faut réunir sous une même appellation les processus inflammatoires Perisigmoïdiens, pourvu qu'ils soient caractérisés cliniquement, comme on désigne sous les vocables de Perityphlite et de Periduodénites les affections analogues développées autour du colon ascendant ou du duodénum et qui relèvent parfois de causes inflammatoires lointaines,

ANATOMIE

Faisant suite au Colon Iliaque, à partir du bord interne du muscle Psoas Gauche, jusqu'au corps de la Troisième Vertèbre Sacrée, l'S iliaque se présente à la technique chirurgicale comme une anse de forme, de longueur et de mobilité variables. Il n'a guère de situation fixe, elle dépend de sa longueur et de son meso. Il est tantôt situé dans la partie gauche du Petit bassin, tantôt il décrit une vaste courbe dans le Pelvis et apparaît dans la Fosse Iliaque Droite tantôt il remonte dans l'abdomen et apparaît soit dans la région sous ombilicale, soit dans une des fosses lombo-iliaques.

Le Colon présente en effet d'une façon générale une morphogénèse à peine terminée et il est rare que le colon pelvien atteigne sa forme idéale représentée par un colon court appliqué directement contre la colonne vertébrale. Au contraire, les anomalies réversives sont la règle, l'accolement s'arrête en général au niveau du Déroit supérieur et toutes les situations sont possibles, subordonnées à l'existence d'un méso « dont l'irrégularité est le seul élément fixe ».

On peut pourtant lui décrire schématiquement deux types principaux : abdominal et Pelvien.

Dans le type abdominal, le Colon au delà du Déroit supérieur remonte d'abord verticalement dans l'abdomen, puis s'infléchissant en bas et à droite, arrive au voisinage de l'articulation sacro iliaque droite, se coude à nouveau pour gagner la ligne médiane et s'incliner en bas devant le sacrum. Il répond alors uniquement aux anses grêles.

Dans le type pelvien au contraire, descendant verticalement au-dessus du déroit supérieur, il se coude ensuite, passant au devant du rectum de gauche à droite, remonte en décrivant près de l'articulation sacro iliaque droite une boucle à concavité supérieure qui le ramène devant le sacrum.

Il répond alors à la vessie, à l'utérus et aux ligaments larges, en haut aux anses grêles.

Tous les intermédiaires sont possibles entre ces deux types, déterminés par la longueur de l'anse, les dimensions et les accolements du Meso.

Le meso-colon pelvien constitue un éventail, déployé en queue de paon entre deux racines :

— la première, racine primitive, est située très légèrement à gauche de la ligne médiane, étendue du promontoire à la troisième sacrée.

— la racine secondaire, formant avec la première un

angle très aigu, issue du promontoire se porte en bas et à gauche le long du bord interne du muscle Psoas.

Entre ces deux racines le meso est plus ou moins développé et quatre types sont possibles : Colon long avec meso long, court avec meso court, etc...

Au reste, la situation du colon peut présenter chez le même sujet, si le meso est long des différences de situation suivant la position : Pelvien dans la station debout, il devient abdominal dans le décubitus.

Chez l'adulte, où il tend à se rapprocher du type idéal, la position pelvienne est la plus fréquente.

Les variations de direction constituent deux angulations prononcées : coudures ilio pelvienne et recto-sigmoïdienne.

Enfin la présence de diverticules, dont l'existence est connue depuis Cruvelhier qui les appelait hernies tuniquaires est beaucoup plus fréquente qu'en aucune portion du tube digestif. Les uns sont appliqués à la surface du colon, les autres piriformes, pédiculés peuvent aller jusqu'à présenter les dimensions d'un appendice ilio-coecal. Ces diverticules constituent un chapitre important de la pathologie de la région et leur infection est la cause la plus fréquente des Perisigmoïdites.

Physiologiquement le colon sigmoïde représente le réservoir fécal où stagnent les matières entre les défécations et où elles subissent une deshydratation prononcée.

Ces conditions anatomiques et physiologiques en font un organe particulièrement prédisposé à la stase et appelé à déterminer des phénomènes d'obstruction chronique lorsque les affections développées autour de lui tendront à réduire son calibre, particulièrement au niveau de la coudure recto-sigmoïdienne.

HISTORIQUE

« L'appendicite a tellement régné en maîtresse qu'on a voulu lui faire jouer tous les rôles dans la pathologie abdominale. L'exemple est parti de haut pour nier la sigmoïdite et n'admettre que l'appendicite à gauche. » Ainsi s'exprimait Patel à la Société de Chirurgie de 1906.

L'inflammation facile de l'appendice, la fréquence de ses situations atypiques, sa tendance à la suppuration dans le petit bassin avaient naturellement mené les auteurs à considérer l'origine appendiculaire de toutes les suppurations péricoliques et l'appendice fut rendu coupable, même dans la fosse iliaque gauche de méfaits auxquels il était peut-être totalement étranger.

Lorsque fut connue à la suite des travaux de Mayor de Genève, de Matheros de Louisville, la sigmoïdite analogue à la typhlite, lorsque surtout fut montré le rôle des diverticules dans la genèse des affections perisigmoïdiennes, on considéra avec raison que bien des cas décrits comme appendicite à gauche n'avaient été que des Perisigmoïdites diverticulaires ; d'autant plus facilement que la plupart n'avaient pas été vérifiés par l'intervention haute, le geste chirurgical s'étant borné à l'évacuation de l'abcès.

Par une réaction bien fréquente, l'appendicite après avoir dominé cette partie de la Pathologie est restée dans l'ombre. Pourtant Obrastzoff dans un travail publié dans le « Wratsch » de 1895, résumé dans la « Médecine moderne » de la même année, semble avoir décrit des faits authentiques de Perisigmoïdite d'origine appendiculaire.

« La péritonite iliaque droite peut s'étendre en bas vers le petit bassin, sur l'angle sigmoïde du colon jusque dans la fosse iliaque gauche ». Sur 24 cas il observait 9 fois cette propagation des lésions et dans 8 cas sur 9 elles étaient plus accusées à gauche qu'à droite.

« Les symptômes sont plus tardifs que dans la Perityphlite ne se montrant que 5 à 9 jours après le début de l'affection. Outre les phénomènes subjectifs, miction et défécation douloureuses, il existe des signes physiques plus nets : saillie de la paroi, matité au dessus du pubis, allant de la fosse iliaque gauche transversalement, ou le plus souvent obliquement en haut et à droite, et arrivé sur le bord interne du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit, descendant jusqu'au pubis le long de ce même bord... A la palpation souvent gargouillement comme dans la Perityphlite, la Perisigmoïdite se distingue par l'épaississement et la dilatation de l'anse du Colon, donnant à la palpation la sensation d'un bourrelet résistant et très dur. L'S iliaque est dilaté jusqu'à 8 ou 9 cm. D'où saillie, résistance, matité, douleur au dessus de l'arcade pubienne dans la fosse iliaque gauche. Il faut admettre que la matité de l'S iliaque est dûe

à l'épaississement de ses parois et du péritoine pariétal et à l'exsudat inflammatoire. La durée de la Perisigmoïdite est variable, trois semaines à un mois jusqu'à trois au quatre mois. »

Il s'agissait en somme de la propagation à gauche de la ligne médiane des phénomènes de péritonite plastique observés couramment dans la fosse iliaque droite, le petit bassin servant de lieu de stagnation temporaire, de relais pour l'infection.

Depuis lors le terme de Perisigmoïdite appendiculaire est un peu tombé en désuétude, et les observations se sont faites de plus en plus rares au profit de la Perisigmoïdite d'origine diverticulaire.

La plupart des cas décrits comme appendicite à gauche ne sont que des observations de Péritonite généralisée où seule la douleur prédomine à gauche de la ligne médiane. Parmi les cas authentiques où la réaction plastique péritonéale se situe dans la fosse iliaque gauche, il faut considérer trois ordres de faits :

1° D'abord des observations où il s'agit primitivement d'appendicite pelvienne retentissant secondairement à gauche par propagation de la Péritonite plastique.

2° Les faits d'appendicite primitivement gauche que Burckhart a rangé en deux catégories :

Dans un premier groupe il faut ranger les faits où on ne relève tout au moins au début aucun symptôme appréciable à droite, la maladie débutant d'emblée par des douleurs ou de la résistance localisée du côté gauche de l'abdomen, le plus souvent il s'agit en pareille occurrence d'une déviation considérable de l'appendice ou de l'extrémité de celui-ci vers la ligne médiane, voire même tout à fait à gauche.

Au deuxième groupe appartiennent les rares cas d'inversion des viscères dont la conséquence logique est la localisation gauche des symptômes observés.

3° Les cas où des manifestations plus ou moins typiques existent ou ont existé du côté droit et dans lesquels une suppuration s'est déclarée secondairement à gauche, soit par migration ou encapement d'abcès à la suite d'une péritonite diffuse, soit par propagation lymphatique ou sanguine.

De pareilles observations sont rares, Karewski en 1910 en trouvait 10 cas sur seize cents appendicites. Berard et Vignard en relataient un cas personnel dans leur traité de l'appendicite de 1914. Encore s'agissait-il d'une forme d'appendicite avec abcès bi-iléo-pelvien.

Mather et Ochsner (1924) observaient 9 fois sur 700 cas la localisation iliaque gauche des abcès appendiculaires.

Behroud dans le « Munchener medizinische Wochenschrift » du 14 mars 1930, décrivait 3 cas où le syndrome douloureux abdominal gauche répondait à la suppuration

siégeant à distance de l'appendice dans la fosse iliaque gauche.

Badolle de Roanne rappelait à la Société de Chirurgie de Lyon du 3 décembre 1931 qu'il avait observé quelques cas d'appendicite secondairement propagée à gauche où on aurait fait le diagnostic de Perisigmoïdite ou de sigmoïdite si on n'avait assisté à l'évolution des lésions depuis la fosse iliaque droite.

« Je crois d'ailleurs que rares déjà autrefois les observations d'appendicite gauche, en dehors des cas d'inversion des viscères deviendront de plus en plus rares avec l'intervention immédiate qui empêchera la nidation du vernis ou les infections à distance par voie sanguine ou lymphatique ».

En somme l'histoire de la Perisigmoïdite appendiculaire n'est pas longue et se borne à quelques observations. Encore s'agit-il fréquemment de formes évoluant vers la suppuration, la plupart secondaires à des phénomènes iliaques droits propagés ensuite à gauche.

Dans la plupart des cas le terme de Perisigmoïdite n'est pas appliqué, parce que pour nombre d'auteurs il doit être réservé aux processus inflammatoires qui trouvent leur origine dans les lésions de l'S ilique.

Nous rapportons cependant deux observations, dont l'une inédite où l'inflammation de l'appendice transversalement dirigé a déterminé des réactions inflammatoires autour

du sigmoïde. La Première ayant figuré une péricolmoïdite aiguë évoluant vers la résolution, la seconde, chronique, présentant une symptômatologie pseudo-néoplasique.

OBSERVATION 1. — D^r LEMARCHAL, Laon.

M^{lle} B... Gabrielle, 43 ans, est soignée depuis deux ans pour des troubles d'origine vésiculaire : douleurs au niveau du point cystique, poussées d'ictère.

A été prise le 15 décembre de douleurs dans le bas-ventre sans localisation précise avec vomissements bilieux et selles diarrhéiques. Température à 39. Pouls à 120. La fosse iliaque droite est libre et la pression n'éveille aucune douleur en ce point. On constate dans les jours qui suivent le développement hypogastrique d'une masse qui s'étend ensuite dans la fosse iliaque gauche.

Entrée à l'hôpital le 23 décembre. T. 38,6 P. 110. Langue sèche. Le ventre est souple, mais on sent le long du colon descendant une infiltration occupant aussi l'hypogastre. La fosse iliaque droite est libre. Par le toucher rectal, on sent en arrière de l'utérus une masse dure, douloureuse, résistante, faisant saillie dans le rectum. Avec palpation combinée elle apparaît du volume d'une tête d'enfant à terme, saillante à l'hypogastre et se prolongeant dans la fosse iliaque gauche. Les selles sont liquides, peu abondantes, l'état nauséux est constant. Pas de troubles du côté des urines.

On porte le diagnostic de Perisigmoïdite et on donne une légère alimentation par bouillon en continuant la glace.

La diarrhée persiste jusqu'au 6 janvier. La masse commence alors à décroître de droite à gauche progressivement et de haut

en bas. En même temps s'installe une constipation opiniâtre contre laquelle on lutte par des lavements répétés.

30 Janvier. — Il ne reste plus qu'un noyau du volume d'une noix, accessible sous la paroi au-dessus de l'arcade crurale et situé au niveau du cul-de-sac gauche par le toucher rectal qui permet d'en prendre des notions précises sur le côté de l'utérus.

Il n'y a de selles qu'avec des prises d'huile répétées. Les selles sont ovillées, amas de matières agminées ou isolées. L'état nauséux est persistant, toute alimentation autre que lait ou bouillon n'est pas supportée. A aucun moment on n'a constaté dans les selles ni glaires ni sang.

Rectosigmoïdoscopie jusqu'à 12 cm. Ni taches hémorragiques ni modification de la muqueuse. Toute tentative de pénétration plus avant entraîne une vive douleur. On a l'impression d'être arrêté par un obstacle infranchissable.

Examen radioscopique. — Après lavement baryté, remplissage de l'ampoule rectale. La progression de la baryte est ensuite filiforme et très lente à partir du rétrécissement au niveau de la coudure recto sigmoïdienne. Cet aspect n'est modifié ni par l'augmentation de pression, ni par des examens successifs.

Après ingestion de baryte : il existe une diminution de mobilité du segment ilio-pelvien qui paraît contracter des adhérences à la paroi.

10 Février. — Intervention. Rachiscurocaïne. Incision de P. Duval, on tombe sur un S iliaque adhérent au milieu de franges agglutinées, sans induration. L'anse et les franges se déroulent, se décolent par dilatation pariétale. Pour poursuivre l'intestin, il faut libérer des anses grêles adhérentes à la paroi et à l'S iliaque. Il faut décoller le cul-de-sac vésico-utérin tout

entier adhérent, de même que le Douglas et la portion postérieure des ligaments larges.

Sigmoïde et rectum sont indemnes de même que utérus et ovaires. On remarque, collé sur le péritoine pariétal, au-devant du détroit supérieur, un moignon appendiculaire réduit à 4 cm. entouré d'adhérences et se prolongeant par un mince cordon fibreux. Libération par section des adhérences. Ecrasement, appendicectomie, enfouissement. On ne retrouve pas la tumeur signalée à l'examen clinique, sans doute produite par des adhérences décollées au cours de l'intervention.

Reconstitution de la paroi.

Examen histologique de l'appendice. Amputation de la partie distale représentée par un cordon fibreux. Disparition de la lumière, travées de sclérose étendues.

Suites opératoires : léger ballonnement et gêne pour l'émission des gaz au bout de 48 heures, cédant au goutte à goutte rectal. Reprise progressive de l'alimentation. Au quinzième jour, alimentation normale. Selles quotidiennes. La malade quitte l'hôpital, ayant engraisé notablement.

Revue deux ans après, elle n'a plus présenté de troubles du transit. Les fonctions intestinales se font bien. Il a persisté de légères crises douloureuses du côté droit, au niveau de la vésicule, et la malade a été opérée pour cholecystite calculieuse.

Le fait de trouver au milieu du reliquat d'un processus inflammatoire përisigmoïdien, l'appendice entouré d'adhérences ne permet de détruire ipso facto l'origine appendiculaire des phénomènes observés. Encore faut-il que l'organe présente des lésions susceptibles d'avoir été à l'origine du processus inflammatoire.

C'est ce que fait remarquer Prat dans sa thèse. Il rapporte un cas de përisigmoïdite où on tomba au cours de l'intervention sur un appendice attiré sur la ligne médiane, conduisant sur un abcès retro-vésical. Il était tentant de considérer l'appendice comme le point de départ des phénomènes observés. C'est ce qu'on fit et on pratiqua l'appendicectomie. Or l'examen histologique postérieur de la pièce ne montrant pas de lésions nettes de l'appendice fit réviser le diagnostic — à juste titre d'ailleurs — car quelques mois après une rechute se produisit. Seconde opération qui montra une diverticulite perforée ayant échappé lors de la première intervention.

La diverticulose est si fréquente en cette portion du gros intestin qu'on admettait, il n'y a pas longtemps, l'identité përisigmoïdite = diverticulite. Si les travaux récents ont montré qu'il ne fallait pas être trop exclusif en cette matière et réserver leur place à d'autres causes comme l'actinomyose, la tuberculose, la syphilis et même les parasites intestinaux (Cignozzi), il n'en reste pas moins que la diverticulite constitue un des facteurs principaux des

inflammations du Meso colon iliaque. Elle est d'autant plus difficile à éliminer que les diverticules sont souvent masqués dans les franges graisseuses.

Pour admettre l'hypothèse de l'origine appendiculaire d'une perisigmoïdite, il faut d'une part ne pas observer de diverticule enflammé et surtout constater des altérations appendiculaires, présentant le reliquat d'un processus inflammatoire.

L'examen histologique de notre pièce paraît à cet égard particulièrement instructif. Il s'agit d'un moignon appendiculaire réduit à 4 cm. et amputé de sa partie distale qui est représentée par un mince cordon fibreux. La lumière de l'organe est obstruée et des travées de sclérose étendue témoignent de la cicatrisation d'un foyer inflammatoire. Ne s'agit-il pas là du reliquat d'un processus de nécrose appendiculaire localisée ayant amené l'amputation de l'extrémité de l'organe? Le cas est fréquent, où la terminaison appendiculaire baignant dans le pus d'un abcès se résorbe ou s'ampute spontanément, pouvant ne pas être retrouvée au cours d'une opération ultérieure ou ne manifester sa présence que par un tractus fibreux.

Un second point nous paraît devoir être retenu en faveur de l'origine appendiculaire, c'est la disparition totale des troubles présentés par le malade après libération des adhérences et appendicectomie. La récurrence est en effet fréquente en cas d'origine diverticulaire et l'observation de Prat en est un bon exemple. L'absence de rechute vérifiée

après deux ans nous paraît donc un argument assez important.

Enfin on n'a constaté au cours de l'intervention aucun autre organe susceptible d'avoir été la cause de l'inflammation, le sigmoïde est souple, non induré, ovaires et trompes sont indemnes. Il n'y a pas de diverticulite visible.

Nous croyons donc de ces deux faits : concordance des lésions appendiculaires avec l'évolution clinique, intégrité des autres organes, être autorisés à admettre l'origine appendiculaire des phénomènes observés.

*
**

L'état de l'appendice nous a amené à penser que l'inflammation localisée à sa pointe a déterminé la production d'un abcès profondément situé. Cette infection appendiculaire n'ayant pas déterminé de péritonite généralisée, c'est que la réaction de défense de l'organisme constituée par la propriété que possède le péritoine de former des adhérences isolant les parties saines des régions infectées, a déterminé la localisation et l'enkystement de l'abcès.

Lorsqu'un abcès appendiculaire vient à se produire dans la région iléo-coecale, le grand épiploon peut dès le début coiffer la zone malade, comme on le retrouve fréquemment en intervenant dans cette région. La traduction clinique de ce processus anatomique est le plastron, formé par l'épiploon et par les masses intestinales accolées autour

du point malade. La production du plastron est déterminée par l'abcès mais l'abcès peut se résorber et c'est alors seule la péritonite plastique qui attire l'attention, alors que la suppuration enclose dans les adhérences ne s'étend pas au delà.

C'est à un phénomène du même ordre que nous avons assisté, la réaction plastique péritonéale se rencontrant dans toutes les localisations de l'abcès appendiculaire.

La tumeur accessible à la palpation dans le cul de sac de Douglas, paraît analogue à celle qu'on retrouve au cours de l'évolution de certains abcès pelviens haut situés. Cette tuméfaction pâteuse, haute et douloureuse, lointaine et diffuse et qui ne tend ni au ramollissement ni à la fluctuation, est beaucoup moins le fait de l'abcès lui-même que des adhérences de l'intestin autour d'un abcès plus haut situé.

Au dessus, le colon ilio pelvien joue le rôle de diaphragme qu'on lui retrouve dans les affections annexielles inflammatoires : à ce moment la collection est limitée en haut par le sigmoïde et une ou deux anses grêles.

Le Meso-sigmoïde réagit alors à l'inflammation et s'infiltré ainsi que les franges graisseuses ; jouant le rôle dévolu à l'epiploon il subit les mêmes réactions : congestion, oedème, infiltration. Il s'épaissit, déterminant une perisigmoïdite plastique ou exsudative, dont l'expression clinique est la tumeur allongée perçue dans la fosse iliaque gauche.

Le terme de perisigmoïdite nous apparaît alors justifié,

l'infection d'origine appendiculaire déterminant autour du sigmoïde des réactions plastiques analogues à celles observées en cas de diverticulite.

Lorsque sous l'influence de la glace les phénomènes inflammatoires s'éteignent, les accolements sérieux qui ont limité l'infection, persistent sous forme d'adhérences étendues du sigmoïde aux anses grêles et à la paroi.

Elles déterminent des coudures de l'organe, ou exagèrent les angulations normales, particulièrement au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne. Par ailleurs, les adhérences fixant le colon à la paroi et aux viscères voisins, entravant son ampliation normale, gênent le peristaltisme.

Les deux éléments, exagération des obstacles normaux et diminution de la force propulsive de l'intestin que tiraillement les adhérences déterminent à la phase chronique, après extinction de l'infection originelle, une symptomatologie d'obstruction.

Mais ces adhérences, réalisant des accolements de surfaces recouvertes de séreuse, restent décollables moyennant la section de certains tractus fibreux. On retrouve à l'intervention des plans de clivage avasculaires qui ne constituent pas une surface cruentée préparant à la récurrence, et ainsi le retour définitif à la normale peut être obtenu après décollement des adhérences.

Nous n'avons pas retrouvé au cours de l'intervention la tumeur signalée à l'examen clinique. Nous pensons qu'il

s'agit d'un processus adhérentiel développé au niveau du ligament large et décollé au cours de l'opération.

※
※

L'évolution comporte trois phases : une période de début constituée par des troubles fonctionnels et généraux, une période d'état avec prédominance des signes physiques; une période de troubles résiduels caractérisés par l'obstruction.

Ces trois stades évolutifs correspondent aux processus anatomopathologiques que nous avons étudiés.

La phase de début correspondant à l'infection appendiculaire originelle avec abcès.

La période d'état au développement de la Perisigmoïdite.

La phase d'obstruction aux reliquats adhérentiels.

1° PERIODE DE DEBUT

Les troubles fonctionnels et généraux dominent le tableau clinique : douleur dans le bas ventre, élévation thermique à 39. Diarrhée, nausées et vomissements.

La diarrhée du début de la crise appendiculaire est un élément moins exceptionnel qu'on ne pourrait le croire. Si

on la trouve plus fréquemment chez des sujets au passé gastro-intestinal chargé, elle paraît cependant le fait des formes pelviennes de l'appendicite où elle est souvent associée à des troubles vésicaux marqués par du ténesme que nous n'avons pas constaté dans notre cas.

Nausées et vomissements sont des troubles digestifs trop banaux qui ne comportent guère de signification.

L'absence de douleur dans la fosse iliaque droite est un phénomène plus important. Il est tellement devenu banal de tâter le poulx de l'appendice dans le segment cutané correspondant au carrefour iléo-coecal, que l'absence de douleur dans cette région semble exclure l'hypothèse de l'appendicite. Pourtant dans le cas d'appendicite retro-coecale il faut aller chercher la douleur où elle prédomine profondément à droite par le toucher rectal. Il en est de même en cas d'inflammation cantonnée à la pointe appendiculaire, dans une région éloignée de la Fosse iliaque droite, surtout en cas d'appendice profondément situé et transverse, la douleur est absente spontanément et à la pression aux points habituels.

Il faut savoir chercher l'appendice là où il est, c'est-à-dire profondément par le toucher rectal, au devant du promontoire.

Et nous pensons que faite au début cette recherche aurait mis sur la voie du diagnostic. C'est encore là un exemple de l'importance du toucher rectal systématique sur lequel les chirurgiens ont tant insisté.

Lorsque la malade est entrée à l'hôpital, cette précision était impossible du fait de la masse prolabée dans le rectum.

Si nous insistons un peu sur ce fait, c'est qu'il constitue à notre avis le seul signe qui aurait pu faire poser le diagnostic d'atteinte appendiculaire originelle, l'affection reproduisant dans sa seconde période une perisigmoïdite banale.

2° PERIODE DE PERISIGMOÏDITE

On assiste alors au développement progressif d'une masse, qui d'abord hypogastrique envahit secondairement la fosse iliaque gauche, où l'infiltration périsigmoïdienne est sentie sous forme d'un boudin allongé. La tumeur, dure et douloureuse, se continue en bas dans le pelvis formant une masse du volume d'une tête de fœtus à terme, remplissant l'excavation et accessible au toucher rectal.

Les signes associés sont constitués par la diarrhée sans trouble des urines. Les matières évacuées ne contiennent ni mucus, ni glaires, ni sang.

Au bout de quelques jours, la masse commence à décroître progressivement de gauche à droite et de haut en bas, en même temps que s'installe une constipation qui devient bientôt opiniâtre.

La température revient à la normale et peu à peu s'installe la troisième période.

3° PERIODE D'OBSTRUCTION

La volumineuse tumeur a fondu progressivement, ne laissant subsister qu'un noyau induré du volume d'une noix senti au toucher rectal et accessible sous la paroi au dessus de l'arcade crurale.

Le signe majeur est constitué à ce moment par les troubles du transit, où purgations et lavements sont impuissants à amener une évacuation suffisante de l'intestin. Les matières sont ovillées, rubannées, comme passées à la filière d'un rétrécissement. En même temps l'état nauséux est constant, l'alimentation est mal supportée et l'état général décline progressivement. Les examens radiologiques montrent des adhérences du sigmoïde à la paroi et un rétrécissement marqué au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, la progression de la baryte est filiforme au niveau du rétrécissement.

La rectosigmoïdoscopie n'est pas très explicite, le tube n'ayant pu franchir le rétrécissement. En tout cas elle montre une muqueuse normale et saine, sans ulcération ni induration.

En somme le diagnostic de perisigmoïdite chronique serait évident si l'on ne constatait par le toucher rectal et le palper la persistance d'une petite masse du volume d'une

noix située à gauche du rectum, au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne.

S'agit-il du reliquat de la phase précédente ou bien a-t-on affaire à une masse tumorale ?

La situation de la tumeur à côté du rectum ne correspond pas absolument au néoplasme de la région, qui figure plutôt en cet endroit une virole. L'existence d'une phase aiguë antérieure, l'absence de sang et de sérosité sanglante dans les selles, l'absence d'ulcération visible ou palpable sont autant d'éléments qui plaident contre l'hypothèse d'un néoplasme. Mais le cancer peut revêtir des formes cliniques différentes du type classique, déterminer une péricolite néoplasique, ou même évoluer avec une symptomatologie aiguë, comme le montre un cas rapporté par Bensaude et Cain, où une élévation thermique à 40, des douleurs, une tuméfaction volumineuse firent poser le diagnostic de sigmoïdite. L'application de glace amena la rémission des signes inflammatoires. Les antécédents de paludisme et de dysenterie venaient encore fournir un appoint au diagnostic de tumeur inflammatoire. Cependant l'intervention montra un volumineux néoplasme végétant de la terminaison du sigmoïde fixé au promontoire et inextirpable.

Cependant la conservation de l'état général à une période assez avancée de l'évolution, l'absence de tout signe de néoplasme, font penser qu'il s'agit plutôt ici d'un reliquat inflammatoire de la période précédente.

Nous pensons avoir montré que cette observation

reproduit parfaitement l'évolution d'une Perisigmoïdite, où le processus inflammatoire, traduit par la péritonite plastique, évolue vers la résolution, en laissant subsister dans une deuxième période des reliquats adhérentiels, déterminant une pérисigmoïdite chronique.

OBSERVATION 2. — Dzialoszynski (Charlottenburg)

Zeutralblatt f. Chir. 13 oct. 1928.

Le malade, âgé de 58 ans, entre dans le service le 1^{er} décembre 1927, adressé par un spécialiste, pour néoplasme recto-sigmoïdien. Rien de particulier dans les antécédents, sinon que trois semaines avant son admission, à la suite d'un refroidissement, le malade a éprouvé des douleurs vésicales et des pincements au rectum.

On note de l'anorexie, une diminution du poids.

La constipation est opiniâtre avec spasmes douloureux. On ne trouve rien de particulier à l'examen clinique, mais le toucher rectal montre un rétrécissement tumoral situé à droite et en arrière. Les réactions de spécificité sont négatives. Pas de blennorragie dans l'anamnèse.

L'examen radiologique semble confirmer le diagnostic de néoplasme. La radio montre un raccourcissement en ellipse de l'ampoule rectale. La baryte dessine ensuite un trajet filiforme pour arriver après quelques passages un peu moins étroits dans l'intestin normal. Mais la progression de la baryte et le remplissage du colon ne se font que très lentement. Cet aspect est constant pendant toute la durée de l'examen.

La restoscopie montre à 11 cm. du sphincter un rétrécissement infranchissable avec saillie de la muqueuse qui reste normale à ce niveau. Biopsie négative.

Sur la foi de l'histoire de la maladie, de l'examen clinique et des examens paracliniques, on pose malgré la biopsie négative le diagnostic de néoplasme.

Mais le malade refuse l'intervention proposée et quitte l'hôpital. Son médecin traitant le fait passer plus de huit fois à la radio.

Le 30 avril 1928, le malade rentre à l'hôpital parce que ses douleurs, signes d'un ileus chronique, persistent inchangées. Cette fois encore l'examen rectoscopique ne permet pas de déceler d'ulcération de la muqueuse. L'examen clinique se superpose à celui de décembre.

Sans s'arrêter aussi fermement au diagnostic de néoplasme, étant donné le résultat de la biopsie et la conservation de l'état général, on se demande s'il ne s'agit pas d'une sténose inflammatoire.

L'opération est proposée à nouveau au malade qui se résoud à l'accepter.

Intervention le 22 juin 1928. Incision médiane basse, l'appendice forme avec le sigmoïde, au-devant du promontoire, une tumeur inflammatoire, reliquat d'un abcès ancien dans le voisinage de l'appendice. Libération de l'appendice au milieu de la tumeur, la pointe cravate le sigmoïde. Appendicectomie, libération du sigmoïde et de ses adhérences. Enfouissement de l'appendice. Fermeture de la paroi.

La guérison fut sans histoire. Le péristaltisme se rétablit normalement, les selles sont régulières. Le malade quitte l'hôpital guéri de sa constipation et de ses douleurs.



On a fréquemment décrit en d'autres régions du tube digestif les processus de périviscérites secondaires à l'inflammation de l'appendice. Brides de Lanes, membrane de Jackson autour du colon ascendant, périoduodénites, où la propagation de l'infection se fait par voie lymphatique. Mais il s'agit plus de l'essaimage d'un processus infectieux à distance que des adhérences directes de l'appendice.

Parmi les cas où l'appendicite détermine des sténoses du tube digestif, en dehors des cas aigus de sidération brutale de l'intestin qui sont le fait des péritonites généralisées ou des étranglements aigus du grêle qui sont du domaine de la chirurgie d'urgence, il faut compter en premier lieu les formes tumorales observées avec une fréquence relative dans la fosse iliaque gauche, et qui présentent avec le néoplasme des analogies marquées. La production de ces appendicites tumeurs est bien connue depuis l'observation initiale de Vautrin par les travaux de Legueu et Beaussenat, de Menil Armengaud, de Tixier, qui ont éclairé la pathogénie de ces formations.

Si elles ne constituent pas, comme on l'a voulu dire, le fait de l'appendicite du vieillard, elles représentent du moins une modalité réactionnelle de l'organisme vieilli. Manifestée cliniquement par des troubles gastro-intestinaux à type de

constipation opiniâtre entrecoupée de débâcles diarrhéiques son évolution est essentiellement « torpide, insidieuse, sans éclat ». Mais l'élévation thermique, quoique modérée est rarement absente, ne dépassant guère 38.

Le volume de la tumeur est variable. Parfois très petite et nécessitant pour sa délimitation toute la souplesse de la paroi, elle atteint souvent le volume du poing ; elle évolue vers l'accroissement, le ramollissement et la fistulation de l'abcès, en même temps que l'état général décline rapidement.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'essentiel de ces formations est constitué par la réaction scléro-lipomateuse de l'épiploon à laquelle participe le coecum qui apparaît souvent à l'intervention infiltré, induré simulant une atteinte néoplasique et nécessitant parfois la colectomie. L'analogie n'est donc pas complète entre ces formes et le cas envisagé. L'évolution est ici apyrétique, la tumeur est petite, ne se modifie pas au cours d'examens répétés, et est constituée par les adhérences développées autour de l'appendice et du sigmoïde correspondant à un phénomène somme toute banal de péritonite plastique. Le sigmoïde n'est pas atteint ni infiltré, et retrouve après l'intervention son fonctionnement normal.

L'auteur considère les lésions observées au cours de l'exploration chirurgicale comme le reliquat d'un abcès appendiculaire résorbé. Le développement de cet abcès cor-

respondant alors aux phénomènes douloureux signalés trois semaines avant l'entrée à la clinique : douleur à la miction et à l'évacuation des matières qui constitue un des signes fonctionnels de l'abcès pelvien.

Malheureusement l'observation ne fait pas mention de l'état de l'appendice.

Peut-être à notre avis n'est-il pas besoin de faire intervenir un abcès dans l'explication du processus ; on sait en effet qu'en cas d'infection atténuée, la réaction plastique du péritoine peut se borner autour de l'appendice à la production d'adhérences organisées qui le fixent à la paroi, ou aux organes voisins. Ici l'organe en contact avec le sigmoïde contracte avec celui-ci des adhérences étroites qui se complètent peu à peu ; Karewski a cité deux cas analogues. Les travaux du Congrès de Chirurgie de 1927 ont précisé la genèse de ces adhérences appendiculaires.

En fait, quelle qu'en soit la pathogénie exacte, on observe un cas où l'appendice détermine une pérисigmoïdite chronique à symptomatologie d'obstruction figurant un néoplasme recto-sigmoïdien, analogue à celles produites par les diverticules. Depuis les travaux de Graser et Rotter on connaît en effet le rôle des appendices épiploïques dans la genèse des pseudo-cancers, l'infection chronique déterminant à leur niveau une hypertrophie lipomateuse qui entoure la circonférence de l'intestin d'une gangue dure et bosselée, sans que le sigmoïde enserré dans cette lipomatose réactionnelle se montre altéré dans ses parois.

De même dans le cas examiné, la réaction përisigmoïdienne n'a pas déterminé d'altération des parois de l'intestin qui retrouve après libération son fonctionnement normal.

*
**

En présence d'une obstruction basse du tube digestif déterminée par une tumeur dure, peu volumineuse, ne se modifiant ni dans sa forme, ni dans sa consistance à des examens successifs, que toucher rectal et examen rectoscopique localisent à la jonction recto-sigmoïdienne, des raisons de fréquence et la crainte du pire font naturellement penser au néoplasme de la région.

Cependant l'absence d'ulcération visible ou palpable, l'absence de sang ou de sérosité sanglante dans les selles, la biopsie négative et surtout la conservation relative de l'état général à une période assez avancée de l'évolution, constituent des signes différentiels assez importants pour, éliminant le néoplasme, envisager plutôt le diagnostic de rétrécissement inflammatoire.

La sigmoïdite chronique dans sa forme pseudo-néoplasique se traduit plutôt par une tumeur volumineuse et douloureuse. Si on constate également la constipation tenace avec faux besoins fréquents, et déformation des matières qui sont ovillées ou rubannées, les débâcles diarrhéiques sont ici fréquentes, constituant la fausse diarrhée douloureuse

de A. Mathieu par hypersécrétion de la muqueuse. Pour certains auteurs même la diarrhée matinale serait un caractère pathognomonique.

L'absence d'antécédents dysentériques, de réaction de spécificité éliminent la possibilité d'un rétrécissement dysentérique ou syphilitique.

Enfin très exceptionnellement on pourrait penser à une tuberculose hypertrophique, lorsque celle-ci ne présentant pas d'ulcération, se manifeste d'emblée par des signes d'obstruction.

Pratiquement le diagnostic étiologique exact ne saurait être fait avant l'intervention, et on ne peut que poser le diagnostic de sténose inflammatoire sans pouvoir préjuger de son étiologie.

Ainsi l'inflammation chronique de l'appendice détermine des réactions plastiques péricoliques, analogues à celles observées en cas de diverticulite chronique, posant des problèmes diagnostiques d'une extrême complexité et qui ne sont tranchés qu'à l'intervention.

EXAMENS PARACLINIQUES

EXAMEN RADIOSCOPIQUE.

Si l'ingestion de baryte a l'inconvénient de fragmenter la colonne opaque, elle est cependant intéressante, lorsque du fait de la sténose la progression du lavement est interrompue et le remplissage du segment supérieur très lent.

Elle permet de faire le diagnostic d'adhérences sigmoïdiennes traduit par l'absence de mobilité du colon ilio-pelvien, à la palpation directe sous le contrôle de l'écran, par les mouvements respiratoires profonds et le passage à la station debout.

Cependant la constatation de mouvements moins étendus que d'ordinaire ne permet pas de conclure à des adhérences profondes. Il peut s'agir d'une brièveté du Meso. Au contraire les adhérences à la paroi sont plus facilement reconnues.

Après lavement : Normalement quand le lavement est donné couché, le liquide après avoir distendu l'ampoule rectale, marque un temps d'arrêt à la jonction du rectum et du

colon pelvien, dessine ensuite celui-ci et marque un deuxième temps d'arrêt au niveau du détroit supérieur.

L'existence d'une sténose est affirmée par l'arrêt permanent du lavement qui n'est modifié ni par l'augmentation de pression, ni par le massage, ni par les changements de position du malade, permettant ainsi d'éliminer les sténoses spasmodiques.

On fait ainsi le diagnostic de rétrécissement, on précise sa situation, sa longueur, son degré. On peut vérifier la présence d'adhérences sigmoïdiennes, et en cas de diverticulose, le lavement permet, dans certaines conditions de technique de montrer l'image des diverticules.

RECTOSIGMOIDOSCOPIE.

Elle permet en abordant directement la muqueuse de vérifier son état et de déterminer, s'il y a lieu, la présence d'ulcération.

A 11 cm. le tube vient buter dans un cul de sac qu'il faut déplisser pour faire progresser l'instrument. On peut être arrêté dans la progression sans avoir noté de lésion de la muqueuse, sans avoir constaté de spasme, ni de diminution de calibre. Il peut s'agir ou d'une compression extrinsèque ou d'une coudure par bride péritonéale, rétraction du méso ou manque d'élasticité de la partie supérieure du rectum, empêchant le tube de passer au devant du promontoire

pour s'engager dans l'anse. Enfin en cas de tumeur, la biopsie pratiquée à la limite de la partie saine permet de faire l'examen histologique.

Si donc les examens paracliniques se montrent utiles à faire le diagnostic d'adhérences péricoliques, ou de rétrécissement inflammatoire, en éliminant le néoplasme, on ne peut préciser qu'à l'intervention l'origine des phénomènes observés.

TRAITEMENT

A la période aiguë, il ne diffère pas de celui de la Péri-sigmoïdite banale. On tente de refroidir les lésions par la glace en soutenant l'état général du malade.

A la phase chronique, le traitement médical par la diathermie, les rayons U.V. etc... paraît inutile, il faut intervenir assez précocement pour que l'état général ne soit pas trop altéré.

La laparotomie médiane sous ombilicale mène directement sur le siège des lésions et permet d'en découvrir l'origine, on libère le sigmoïde de ses adhérences, on vérifie son intégrité, la souplesse et l'absence d'induration de ses parois.

Après résection de l'appendice et libération des adhérences sigmoïdiennes, l'intestin retrouve son fonctionnement normal.

C'est ce que concluait Lardennois au Congrès de Chirurgie de 1927 « les segments intestinaux pris au milieu des adhérences, même déformés, même allongés, même atones sont beaucoup moins altérés qu'ils ne peuvent

le paraître et une fois les adhérences libérées et les spasmes apaisés, les segments coliques peuvent bien retrouver leur fonctionnement régulier et indolore. »

CONCLUSIONS

1. — Nous avons rapporté deux observations où l'inflammation de l'appendice transversalement dirigé, au devant du promontoire a déterminé des péricytopites. Dans un cas, il s'agit d'une forme aiguë évoluant vers la résolution, mais laissant subsister des adhérences étendues qui déterminent une symptomatologie d'obstruction. Dans le second nous avons affaire à une forme chronique d'emblée.

2. — Ces cas nous ont paru intéressants du fait qu'à aucun moment de leur évolution l'attention n'a été attirée vers l'appendice. Nous croyons cependant devoir insister sur l'importance du toucher rectal systématique en présence d'une affection abdominale mal définie qui aurait peut-être dans un cas, permis de juger de l'atteinte de l'appendice.

3. — A la période chronique, qu'elle survienne d'emblée ou secondairement, l'affection se caractérise essentiellement par des troubles du transit qui, joints à la constatation d'une tumeur perçue au toucher rectal, font penser au néoplasme.

4. — Cependant la présence de phénomènes aigus antérieurs (dans un cas), l'intégrité de la muqueuse, la biopsie négative, la conservation relative de l'état général à une période assez avancée de l'évolution, permettent d'écarter cette hypothèse.

5. — Le diagnostic étiologique est pratiquement impossible en l'absence de commémoratifs appendiculaires.

6. — L'intervention consistant dans la libération des adhérences et l'ablation de l'appendice, a, dans les deux cas, suffi à obtenir la guérison.

BIBLIOGRAPHIE

- BERARD et VIGNARD. — Appendicite. 1914.
- BOLTANSK. — Periviscérites abdominales et Epiplôite. La Médecine suppl. Avril 1933.
- BOUDAILLIEZ J. — Sigmoidites et Perisigmoidites. Th. Paris 1910.
- CATZ. — Sigmoidites et Perisigmoidites. Gaz. Hop. 1907, p. 15.
- COURTOT. — Appendicite à man. gauches. Th. Nancy 1920.
- DUPUY DE FRENELLE. — Appendicite, colites, périviscerites. 1926.
- DZIALOSZYNSKI. — Appendicite figurant un néoplasme recto-sigmoïdien. Zentralblatt f. Chir. tome LV. 13 oct. 1928. 2568-2570.
- FRIEDEL. — Pericolites in Periviscérites. Leçons cliniques de l'Hôp. Beaujon. Baillière 1926.
- GILBERT et THOINOT. — Maladies de l'intestin. 1910.
- HECKER, GRUNWALD, KUHLMANN. — Morphologie intestinale in Revue de Chirurgie 1926. T. 64, p. 663-727.

LARDENNOIS. — Rapport au Congrès de Chirurgie. 1927.

MARRE. — Sigmoidites occluses pseudo cancéreuses. Th. Paris 1938.

MAURY. — Appendicites pelviennes. Th. Paris 1938.

MICHAUX. — Bull. et Mém. soc. Chirurgie Paris, 7 mars 1906.

PERIGNON DU BOURGUET. — Deux cas d'appendicite pelvienne. Bull. soc. Méd. militaire. Mars 1937, p. 97.

PRAT. — Les diverticules du colon. Th. Paris 1935.

PATEL. — Rapport au Congrès de Chirurgie. 1913.

RASTONIL. — Etudes cliniques sur l'appendicite. 1933.

SENGLAZ. — Appendicite à symptomatologie gauche. Th. Montpellier 1906.

SEROU. — Néoplasies intestinales d'origine inflammatoire. Th. Paris 1908.

TIXIER et STEFANI. — Appendicite pelvienne simulant un néoplasme rectal, Lyon Chirurgical 1909, T. II, p. 343.
